



Marie-Christine
Marié-Soula*

Risques professionnels psychosociaux

Les risques psychosociaux sont depuis 2002 obligatoirement « évalués » dans l'entreprise et pris en charge notamment par les médecins du travail. Leurs définitions montrent qu'ils ont toujours existé, mais de nouveaux modes d'organisation du travail et une forte médiatisation les ont rendus omniprésents dans les consultations médicales.

Ce qui est nouveau

Le syndrome d'épuisement professionnel est omniprésent en consultation, à ne pas confondre avec la fatigue chronique ou un début de dépression.

Les pathologies liées aux risques psychosociaux peuvent être déclarées en accident du travail voire en maladie professionnelle avec passage au CRRMP.

Les causes de risques psychosociaux liées à l'entreprise nécessitent un travail en réseau en prévention primaire avec médecin et équipe santé-travail.

La prévention tertiaire avec psychiatre, spécialiste et médecin du travail doit être renforcée avec une visite de pré-reprise pour préparer et assurer le retour à l'emploi.

En 1998, le livre de Marie-France Hirigoyen,¹ *Le Harcèlement moral*, a fait prendre conscience à certaines personnes que leur vécu professionnel relevait du « harcèlement au travail ». Progressivement, un nouveau risque professionnel appelé « risque psychosocial » a émergé. La plainte « souffrance au travail », relayée médiatiquement et juridiquement, est régulièrement exprimée dans les consultations des médecins généralistes, psychiatres, médecins du travail et autres spécialités. La complexité de sa prise en charge inclut des données individuelles mais aussi des données collectives et sociales. Elle nécessite un travail en réseau, médical et pluridisciplinaire, afin d'éviter la désinsertion professionnelle durable et la victimisation.

Définition des risques psychosociaux Évolutions et enjeux actuels

Les entreprises ont vu, en 1991, le renforcement de l'obligation légale de protéger la santé de leurs salariés. Cette obligation passe notamment par l'évaluation, la diminution et la prévention des risques professionnels existants. Certains risques professionnels sont bien connus, et le lien entre l'exposition et la pathologie facilement assimilable (bruit et surdité, par exemple). Les risques psychosociaux peuvent paraître plus difficiles à comprendre et à « évaluer » pour l'employeur mais également par le médecin recevant un patient évoquant sa santé au travail sous forme de plaintes souvent subjectives ou de souffrance au travail. Le lien entre le symptôme évoqué et le travail nécessite la connaissance du monde du travail. La perception du risque est différente pour chaque patient, en fonction de son contexte et de ses antécédents. Cette notion de perception du risque psychosocial doit rendre vigilant et objectif afin d'optimiser l'écoute, la prise en charge et le soin, si besoin.

La notion de santé dans les entreprises a évolué depuis une loi de janvier 2002 qui a rajouté à la notion de santé les termes « physique » et « mentale ». Jusqu'à cette date, les plaintes et la

* Service de pathologie professionnelle, groupe hospitalier Paris Centre Cochin, AP-HP, 75769 Paris Cedex 14, France, marie-christine.soula@cch.aphp.fr

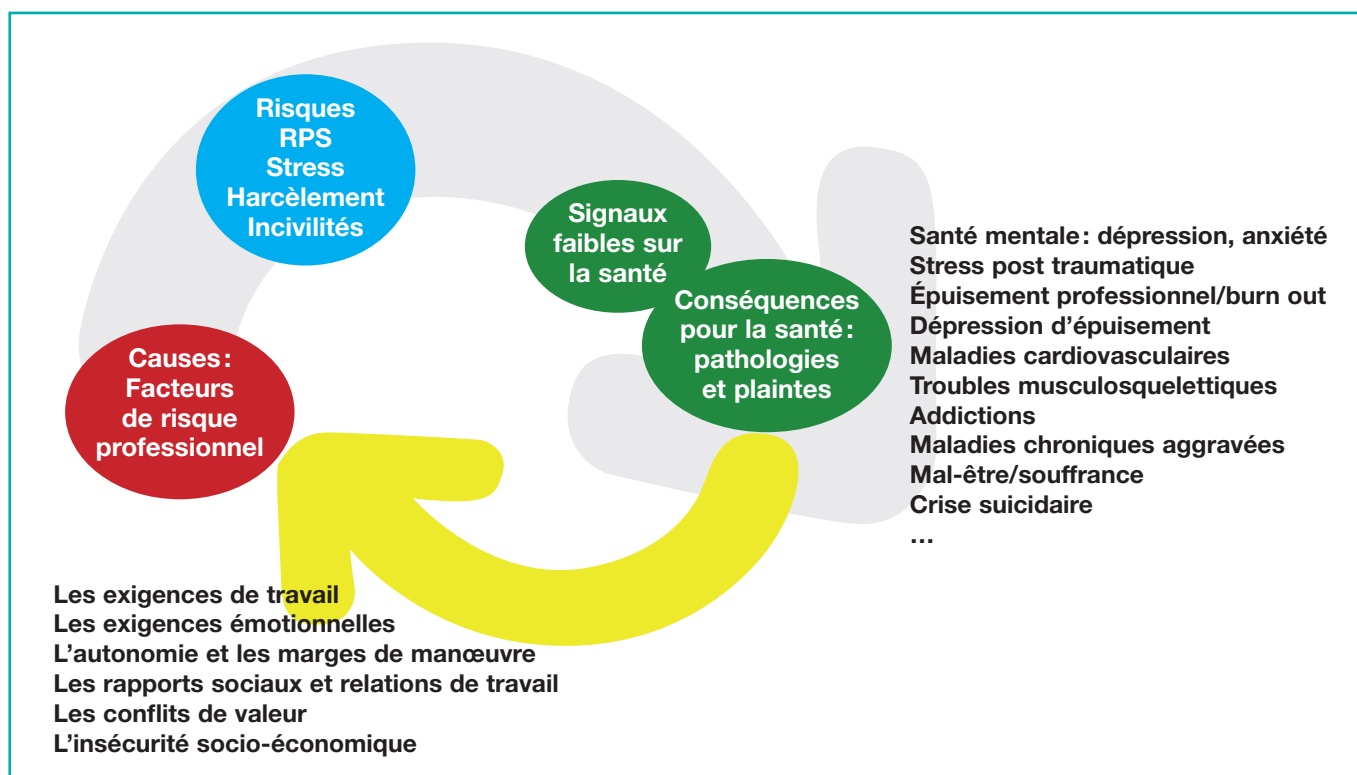


FIGURE 1 Causes, risques psychosociaux et conséquences sur la santé.

prise en charge médicale relevant du travail étaient plutôt du registre des risques physiques (port de charges et lombalgies), chimiques (irritation liée à un produit), etc.

La santé a été définie par l'Organisation mondiale de la santé comme étant « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ». ² Ce sont les risques psychosociaux qui ont permis d'élargir en entreprise la santé au travail à ces trois volets de la santé qui imposent une prise en charge pluridisciplinaire dans et hors de l'entreprise.

La définition des risques psychosociaux retenue par le ministère du Travail en avril 2011, validée sur la base de publications scientifiques internationales touchant à la santé au travail et de documents référencés en France par les organismes officiels de prévention au travail, établit que « *les risques psychosociaux sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ».

Trois types de risques psychosociaux

Trois types de risques psychosociaux (fig. 1) sont susceptibles d'influer sur la santé globale du patient : le stress au travail, les violences et incivilités au travail, et le harcèlement moral ou sexuel.

Bien que ces termes fassent l'objet de définitions différentes en fonction du concept théorique utilisé, nous retiendrons les définitions détaillées ci-après.

Le stress

Le stress³ est défini comme survenant lorsque l'individu ressent un déséquilibre entre sa perception des contraintes imposées par son environnement et les ressources dont il dispose pour y faire face. Le stress est donc une notion dépendante de la perception individuelle du patient et de son contexte. Ce qui peut être vécu comme étant une situation stressante pour un salarié peut ne pas l'être pour un autre. La notion de perception des contraintes et des ressources est une notion centrale qu'il est important de comprendre afin de pouvoir aider les patients en difficulté.

Les violences et incivilités

Les violences⁴ peuvent être d'ordre verbal ou physique. La violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés est (sont) agressé(s) dans des circonstances liées au travail. La violence peut s'exprimer au travers d'altercations verbales, du manque de respect, de la volonté de nuire, de détruire, ou encore au travers d'agression physique.

Les harcèlements

Le harcèlement⁴ peut être moral ou sexuel. Le harcèlement survient lorsqu'un ou plusieurs salariés font l'objet d'abus, de menaces et/ou d'humiliations répétées et délibérées dans des circonstances liées au travail, soit sur les lieux de travail, soit dans des situations liées au travail.

Six axes de facteurs de risque

Un rapport ministériel⁵ validé en avril 2011 a identifié six axes qui représentent autant de facteurs de risques psychosociaux. Ils permettent de servir de base à l'interrogatoire d'un patient pour s'écarter de la part purement subjective de la plainte et rechercher des faits précis, si possible chronologiquement datés.

Les exigences au travail

Ce sont les exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail...) et qualitatifs (demandes contradictoires, responsabilités). On y ajoute la notion d'un équilibre possible entre vie professionnelle et personnelle.

Les exigences émotionnelles

Ce sont les exigences liées au maintien de bonnes relations sociales et émotionnelles au travail. Le facteur de risque qu'elles constituent est omniprésent dans les métiers de service et de relations clientèle, ainsi que pour les soignants et les managers de proximité.

L'autonomie et la perception des marges de manœuvre au travail

Elles représentent le degré de liberté que le patient possède dans son activité professionnelle mais aussi pour développer ses compétences (accès à la formation).

Les rapports sociaux

Ce sont les rapports sociaux et les relations au travail entre les différents collaborateurs d'un même service en horizontal mais aussi en mode vertical avec le management présent ou à distance.

Les conflits de valeurs

Ils sont vécus comme l'inadéquation entre les valeurs des employés et les valeurs prônées par l'entreprise. La qualité dite empêchée est de plus en plus présente et évoquée dans tous les secteurs et catégories socioprofessionnelles. C'est avoir conscience de ne pas pouvoir faire un travail dit de qualité au sens noble et de l'exécution du travail.

L'insécurité de l'emploi sur les perspectives futures

Elle correspond à l'impuissance ressentie face à une situation de menace sur l'emploi ou l'employabilité (évolution technologique non accompagnée en termes d'évolution de compétence).

La connaissance de ces éléments permet de les inclure lors

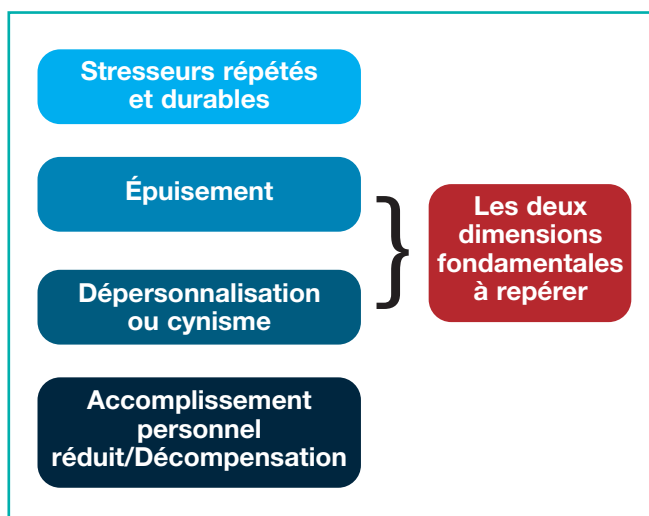


FIGURE 2 Le burn out : un syndrome en 3 étapes.

de l'interrogatoire et d'accéder à la description du travail par le patient et de pouvoir mettre à jour des liens entre les symptômes ou plaintes évoquées et le travail réel avec des risques professionnels et facteurs de risque.

Données sur l'incidence d'exposition, les secteurs à risque et sur la reconnaissance

En termes de prévention et d'analyse des risques, les facteurs d'exposition sont répertoriés par les médecins du travail dans une enquête nationale réalisée tous les quatre ans, dite SUMER, publiée par la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES).⁶

Les derniers résultats permettent de mettre en évidence dans le domaine des risques psychosociaux une augmentation des contraintes organisationnelles dans tous les secteurs et toutes les branches :

- 48 % des salariés déclarent travailler toujours ou souvent dans l'urgence ;
- 58 % déclarent devoir interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue ;
- 55 % déclarent que leur rythme de travail est imposé par une demande à satisfaire immédiatement ;
- 71 % des salariés ont un contact direct avec le public et 23 % déclarent vivre des risques d'agression physique avec le public ;
- 35 % déclarent recevoir des ordres ou indications contradictoires.

En termes de réparation et de reconnaissance en maladie professionnelle, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), branche accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP), indique dans ses statistiques de 2012 que, sur 71 604 maladies professionnelles reconnues dans et hors tableau de maladies professionnelles, 90 étaient liées aux risques psychosociaux et

que, sur 943011 accidents du travail reconnus, 10 % pourraient être en lien avec les risques psychosociaux dont 20 à 30 suicides reconnus en accidents du travail en 2012.

Ces chiffres issus tant de l'analyse causale des facteurs de risque que des conséquences sur la santé objectivent une augmentation des risques psychosociaux et de leur impact sur la santé grâce à des définitions plus précises, ce qui souligne la nécessité pour les médecins de savoir les identifier en interrogeant les patients et d'agir pour les prévenir.

Critères d'intervention et d'action

Face à la plainte d'un patient, plusieurs niveaux d'intervention et degrés d'action sont possibles.

Premier niveau de vigilance: signes d'alerte

Des signaux faibles peuvent apparaître chez des patients et ne pas faire l'objet d'une consultation mais être mis en évidence lors d'une demande sur une pathologie annexe.

Il est primordial alors de comprendre, de savoir et de rappeler que le symptôme va être considéré comme signe d'alerte s'il vient de la rupture par rapport à un état antérieur.

Un patient en mal-être exprime souvent plusieurs symptômes que l'on peut détecter en gardant à l'esprit que son comportement actuel n'est pas le comportement qu'il exprimait auparavant. Parmi les premiers symptômes qu'il est possible de détecter :

- les signaux physiologiques apparaissent en premier ; le sommeil, perturbé inhabituellement, peut faire l'objet de la consultation initiale ; on note des oppressions thoraciques, un accès inhabituel et non référencé de tachycardie, des brûlures gastriques, etc. ;
- les signaux cognitifs, illustrant les difficultés répétées pour recevoir et traiter des informations, peuvent être repérés avec des difficultés de concentration, des erreurs dans les tâches, la nécessité d'un temps de traitement plus long pour la même tâche et des troubles de la mémoire ;
- les signaux comportementaux actent le déséquilibre dans la gestion entre les contraintes repérées par le patient et la mobilisation possible de ressources ou soutien professionnel ou personnel (un comportement jovial habituel fait place une attitude agressive et taciturne).

Le repérage de ces signes d'alerte doit permettre de les prendre en charge au niveau symptomatique mais aussi d'alerter le patient pour prévenir une dégradation de la situation.

Le médecin du travail peut remplir son rôle d'alerte collective en prévention dans l'entreprise s'il y a récurrence de signaux évoquant le début de conséquences sur la santé en relation avec les risques psychosociaux.

Deuxième niveau: repérage de tableaux cliniques souvent progressifs

Les différents tableaux cliniques observés relèvent des diffé-

rentes spécialités médicales et ne comportent pas de pathologies spécifiques.

Une réflexion est en cours au niveau du ministère du Travail avec la CNAM et des experts associés afin de faire avancer la visibilité des pathologies en lien avec les risques psychosociaux.

Troisième niveau: prise en charge médicale et déclaration en AT ou MP

Une fois la pathologie ou le syndrome mis en lien avec l'origine professionnelle, deux actions sont possibles.

La communication entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux est indispensable. La verbalisation du lien entre la plainte ou la pathologie et la communication entre les médecins permet une optimisation de la prise en charge et une « reconnaissance » symbolique pour le patient. Il est souvent utile, par exemple devant un tableau de douleurs chroniques, d'évoquer une association à des risques psychosociaux auprès des acteurs de santé assurant la prise en charge.

La déclaration en accident du travail est possible pour les pathologies en lien avec un événement ou une série d'événements survenus au travail, avec une chronologie et un fait pouvant être acté et prouvé (altercation lors d'une réunion ou d'un entretien d'évaluation). Le praticien rédige un certificat médical initial du même type que pour les accidents physiques en actant la date présumée des faits et la pathologie ou lésion physique ou psychique observée, type « syndrome anxieux » (successions de lettres recommandées et d'avertissements). Le médecin déclarant n'a pas à établir le lien de causalité.

Le médecin doit aussi savoir que le patient a un délai de 2 ans à

POUR LA PRATIQUE

- » Écouter et faire la part des éléments chronologiques liés au travail.
- » Ce rapprochement permet d'établir un certificat initial en accident du travail, voire en maladie professionnelle.
- » Recadrer le vocabulaire des risques psychosociaux afin d'éviter des confusions entre causes et conséquences sur la santé, entre conflit, harcèlement, stress, fatigue, épuisement...
- » Ne pas prendre parti et rester factuel sur les signes cliniques présentés ou la plainte évoquée car la judiciarisation est forte, et être vigilant sur les certificats rédigés à la demande du patient.
- » Respecter les règles de rédaction des certificats ; sans oublier que nous n'avons que la perception ou version du patient.
- » Obligation de l'entreprise renforcée en termes de protection de la santé donc travail en réseau avec le médecin du travail et les autres acteurs de santé dans et hors de l'entreprise.
- » Travailler en réseau avec les acteurs de soins pour éviter la désinsertion professionnelle totale et définitive.

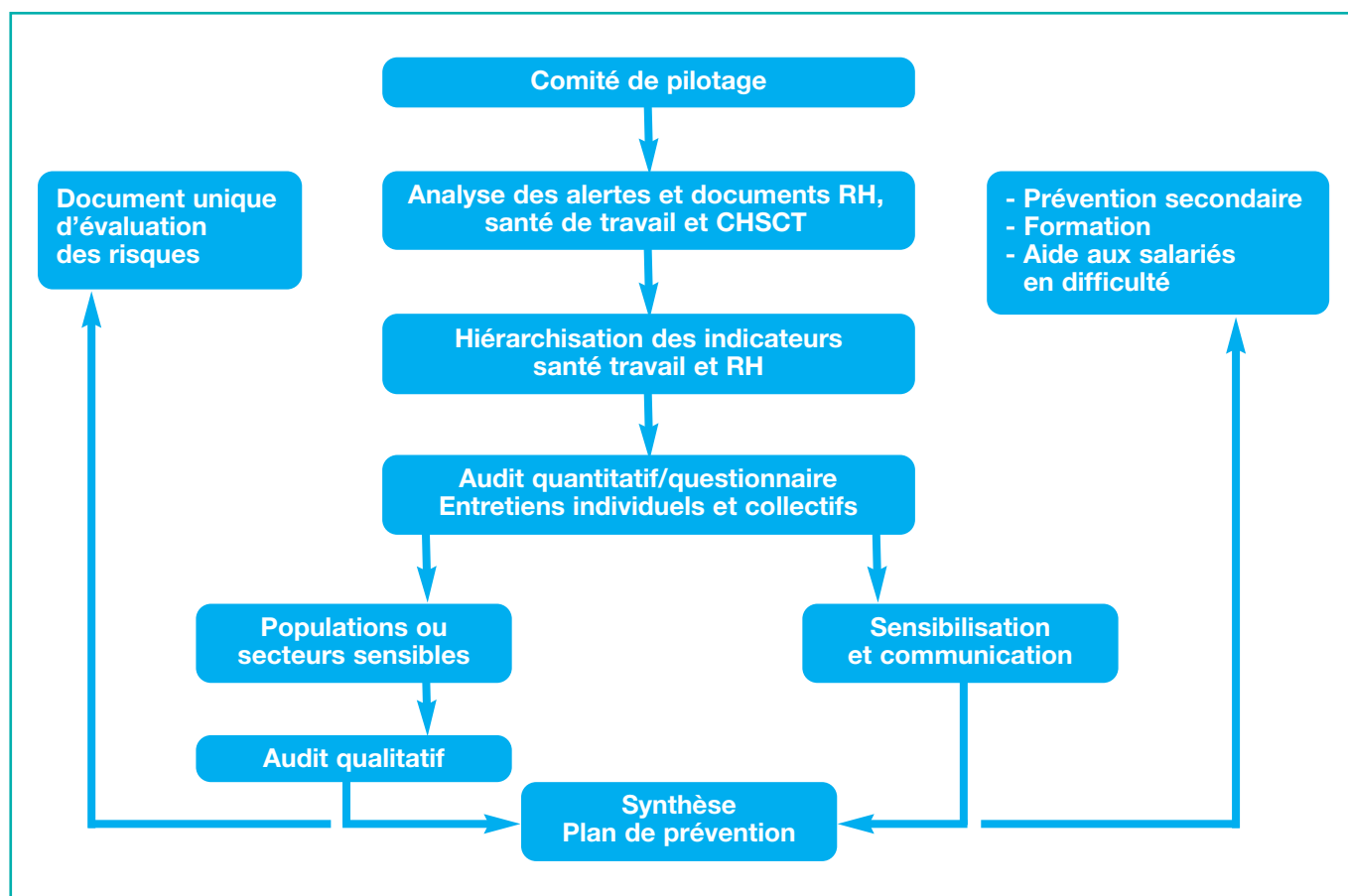


FIGURE 3 Agir en entreprise. CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; RH : ressources humaines.

partir des faits pour produire un certificat médical initial à la CPAM et demander l'ouverture d'un dossier et d'une enquête afin de statuer sur la reconnaissance éventuelle en accident du travail.

La déclaration par le patient d'une maladie professionnelle en lien avec une pathologie causée par des risques psychosociaux est plus complexe car elle relève du régime hors tableau des maladies professionnelles.

Un groupe d'experts et de partenaires sociaux travaillent actuellement sur la possible ouverture d'un tableau de maladie professionnelle et évoquent la possibilité de reconnaissance pour les syndromes anxiodépressifs, la dépression d'épuisement, le stress post-traumatique.

Deux lettres réseaux de la CNAM, branche AT/MP, précisent les procédures de traitement des demandes de reconnaissance du caractère professionnel des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les procédures actuelles tendent à privilégier dans le domaine des pathologies en lien avec les risques psychosociaux, la déclaration en accident du travail plutôt qu'en maladie professionnelle (seulement 8 % des dossiers passant en Commission régionale de

reconnaissance des maladies professionnelles [CRRMP] sur ce thème sont reconnus en MP).

Syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome dit d'épuisement professionnel ou *burn out* (fig. 2) bénéficie d'une multitude de définitions et d'analyses, mais nous retiendrons la définition suivante : « *tableau résultant de demandes excessives d'énergie, d'efforts répétés ou de mobilisations de ressources* ».⁷

Ce syndrome peut être mis en relation unique avec le travail au vu de différents travaux publiés.⁸⁻¹⁰ Les causes de *burn out* retrouvées dans le contexte professionnel sont en général la surcharge avec augmentation excessive du temps de travail, le manque de latitude décisionnelle et de collectif de travail, le sentiment d'iniquité dans le travail et de qualité empêchée.

Les patients sont toujours des personnes hyperinvesties et hyper-engagées dans leur travail et avec une éthique professionnelle forte.⁷

Ce syndrome se décompose en trois phases facilement repérables par l'interrogatoire.

Phase 1. Épuisement émotionnel

Cette première phase correspond à l'impression d'être « vidé » et fatigué à l'idée même du travail, et cela d'une façon inhabituelle.

Cet épisode de fatigue persistante est associé à de nombreuses comorbidités infectieuses, digestives et cardiovasculaires.¹⁴

Si la prise en charge n'a pas lieu et le repos associé temporairement, sous 2 à 3 mois survient la phase suivante.¹¹

Phase 2. Dépersonnalisation ou cynisme

La deuxième phase correspond à une attitude négative, détachée, dure ou cynique à l'égard de son travail et des personnes avec qui la personne est susceptible d'être en contact (clients, patients, etc.).

Le patient se désengage du travail et de l'entreprise. La déshumanisation de la relation aux personnes et au travail est fréquente. Cet épisode est d'autant plus mal vécu par le patient et l'entourage tant professionnel que personnel que ces patients sont toujours des personnes surengagées et surinvesties. La majorité des patients sont pris en charge à ce stade, alors que les autres symptômes psychosomatiques apparaissent et se renforcent. En cas de déni, en l'absence de prise en charge, la dernière phase peut survenir.

Phase 3. Réduction de l'accomplissement personnel

Le patient se déprécie, ainsi que ses capacités, son travail, ses compétences. Lors de cette dernière phase surviennent des décompensations psychosomatiques majeures, des décompensations dépressives graves, voire des crises suicidaires. Cette urgence nécessite le retrait « absolu » du travail et une prise en charge spécialisée psychiatrique, voire par d'autres spécialités si d'autres pathologies sont associées tels que des troubles cardiovasculaires.

Ce syndrome est absent des classifications diagnostiques tels que le DSM-V ou la CIM-10. Mais la communauté psychiatrique semble faire consensus pour l'assimiler à une dépression d'épuisement.

M.-C. Marié-Soula déclare avoir une participation financière dans le capital du cabinet de conseil Management Conseil Santé, faire des interventions ponctuelles de type conférences et colloques, et avoir des activités de conseils et formations pour ce cabinet de conseil.

RÉSUMÉ Les risques professionnels psychosociaux

Les risques psychosociaux avec leurs multiples causes dans l'entreprise et leurs conséquences en termes de pathologies nécessitent une prise en charge en réseau médical et pluridisciplinaire. Le syndrome d'épuisement professionnel est en augmentation et peut nécessiter une déclaration en accident du travail. L'action préventive et la prise en charge précoce doivent être privilégiées au vu de la gravité de certains tableaux cliniques.

SUMMARY Psychosocial risks at work

Psychosocial risks, characterized by their multiple causes in the workplace and consequences in terms of pathology, require interconnected medical and multidisciplinary management and care. Burn out syndrome is increasing and can possibly need to be declared as an occupational accident. Preventive actions must be favored considering the seriousness of some clinical settings.

Les manifestations observées dans le *burn out* ne sont pas spécifiques mais évoquent un état de stress prolongé qui nécessite de savoir reconnaître les signes d'alerte déjà décrits et de les mettre en relation, grâce à l'interrogatoire, avec des éléments liés au travail.^{7, 12}

Traitement et prévention

Le traitement du *burn out* dépend du stade et de la sévérité des symptômes associés.

En termes de prévention, le rééquilibrage de la vie professionnelle et personnelle est conseillé, la reprise du sport, des séances préventives de prise de recul et de changement d'habitudes de vie avec priorisation raisonnée.¹³

Classiquement, aux phases 2 et 3, un arrêt maladie de 2 à 3 mois est préconisé. La prise en charge en psychothérapie de type thérapie comportementale et cognitive associée à un antidépresseur est recommandée pendant 6 mois. Le retour à l'emploi ne pourra être envisagé que progressivement, après une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, et avec accompagnement du patient voire de l'équipe de travail et du manager.

Au sein de l'entreprise, la prévention est primordiale, elle mobilise les salariés, les élus du personnel (CHSCT) et leurs dirigeants (fig. 3). •

RÉFÉRENCES

1. Hirigoyen MF. Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien. Paris: Syros, 1998.
2. Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé adoptée par la Conférence internationale sur la santé à New York, 19-22 juin 1946; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États; et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
3. Définition de l'accord national interprofessionnel (2 juillet 2008).
4. Définition de l'accord national interprofessionnel (26 mars 2010).
5. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000201/0000.pdf>
6. Enquête SUMER accessible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de-76/statistiques-78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-surveillance-medicale,1999/l-enquete-sumer-2010,15981.html>
7. Collange J, Tavani JL, Soula MC. Regards croisés sur le burn out: aspects médicaux et psychologiques. Arch Mal Prof Envir 2013;74:35-43.
8. Maslach C, Leiter, MP. Burn out: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Arènes Éditions, 2011.
9. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burn out: 35 years of research and practice. Career Dev Internat 2009;14:204-20.
10. Maslach C, Leiter MP, Jackson SE. Making a significant difference with burn out interventions: researcher and practitioner collaboration. J Org Behav 2012;33(2):296-300.
11. Wright S. The differences between stress, burnout and compassion fatigue. Nurs Stand 2013;28(5):34-5.
12. Angelo RP, Chambel MJ. The reciprocal relationship between work characteristics and employee burn out and engagement: a longitudinal study of firefighters. Stress Health 2013. doi:10.1002/smi.2532.
13. Matula B. Burn out/stress management: how to reduce burnout and stress in the workplace. J Health Prot Manage 2013;29:92-5.
14. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet 2012;380:1491-7.